

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 32

Hystérectomie totale et sub-totale

PARALLÈLE ENTRE LES DEUX MÉTHODES

Deux cas de Transformation Néoplasique sur le Moignon Utérin
à la suite d'Hystérectomie sub-totale

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 Décembre 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HENRI BERTRAND

Né à Saint-Loup-sur-Semouse (Haute-Saône), le 25 décembre 1875



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1901



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546723_0036

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 32

Hystérectomie totale et sub-totale

PARALLÈLE ENTRE LES DEUX MÉTHODES

Deux cas de Transformation Néoplasique sur le Moignon Utérin
à la suite d'Hystérectomie sub-totale

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 Décembre 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HENRI BERTRAND

Né à Saint-Loup-sur-Semouse (Haute-Saône), le 25 décembre 1875



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE.	ASSESEUR.
CROLAS.	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....		BARD
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques...		X.
Clinique des Maladies mentales.....		FOCHIER.
Clinique des Maladies des enfants.....		GAYET.
Physique médicale.....		GAILLETON
Chimie médicale et pharmaceutique.....		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.....		WEILL.
Matière médicale et Botanique.....		MONOYER.
Parasitologie.....		HUGOUNENQ
Anatomie.....		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.....		FLORENCE.
Physiologie.....		LORTET.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie externe.....		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		MORAT.
Anatomie pathologique.....		TEISSIER.
Médecine opératoire.....		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.....		MAYET.
Médecine légale.....		TRIPPIER.
Hygiène.....		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.....		ARLOING.
Pharmacologie.....		LACASSAGNE.
		COURMONT.
		SOULIER
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des femmes..... M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires.....	MM. CHANDELUX,	agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS,	—
Propédeutique médicale.....	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.....	GANGOLPHE,	—
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN,	—
Anatomie pathologique.....	DEVIC,	—
Physiologie.....	DOYON,	—
Accouchements.....	FABRE,	—
Botanique.....	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVLOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. COURMONT (J.), Président; M. COLLET, Assesseur;
MM. BOYER et CHATIN, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE BIEN AIMÉ

A MA MÈRE CHÉRIE

*Puisse ce modeste travail me donner
un gage de plus à son affection.*

A MON ONCLE

A MA TANTE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur COURMONT

MEIS ET AMICIS

INTRODUCTION

En face d'un fibrome utérin volumineux, douloureux ou à évolution progressive, le seul point actuellement en discussion, en chirurgie, est de savoir s'il est préférable de faire l'hystérectomie totale ou l'hystérectomie sub-totale ne laissant que le col utérin. Nous verrons, dans ce travail, que l'extirpation des fibromes par la voie abdominale est passée par plusieurs phases. La majorité des chirurgiens, partisans d'abord de la méthode extra-péritonéale, abandonnent cette méthode pour les procédés intra-péritonéaux. Aujourd'hui, on ne discute plus pour savoir si l'on doit fixer le pédicule à la paroi ou le rentrer dans la cavité abdominale, on se demande s'il n'est pas plus utile de supprimer totalement ce pédicule, source de tant de maux. En somme, donc, deux procédés opératoires partagent, en ce moment, les chirurgiens : d'une part l'amputation supra-vaginale, de l'autre, l'ablation totale.

Loin de notre pensée de vouloir démontrer la nécessité de l'une ou de l'autre de ces méthodes ; nous ne

prétendons pas donner ici une solution à cette grave question de savoir quel est le meilleur procédé d'ablation des fibromes.

Nous serons satisfait si nous pouvons, parmi les nombreux travaux qui ont été déjà faits, les flots d'encre qui ont été versés sur l'un ou l'autre de ces modes opératoires, attirer l'attention sur un point particulier et peu connu, sur une des plus fâcheuses conséquences de l'amputation supra-vaginale : nous avons parlé de la dégénérescence néoplasique du moignon utérin. Frappé par les observations de deux malades atteintes de fibromes opérés par l'hystérectomie sub-totale et qui ont succombé, dans les deux années qui ont suivi cette intervention, par dégénérescence maligne survenue dans le moignon cervical, nous avons cru, en publiant ces deux cas qui prêchent tant en faveur de l'amputation totale, intéresser peut-être quelques chirurgiens.

Il était nécessaire de mettre, ce qui n'a pas été fait encore, en parallèle les deux grands modes opératoires de l'hystérectomie abdominale, c'est de ce parallèle que découleront nos conclusions.

Notre sujet se trouvera donc nettement divisé de la façon suivante :

Dans un premier chapitre nous envisagerons l'amputation supra-vaginale, ses avantages, ses inconvénients. Dans un deuxième chapitre, l'amputation totale ; dans un troisième chapitre, nous comparerons ces deux modes. Nous verrons que la suppression du pédicule est celle qui réunit actuellement le plus de suffrages, c'est à cette tendance que viendront

naturellement s'ajouter nos deux observations qui, dans un quatrième chapitre, trouveront leurs places nettement indiquées. Enfin nous concluons.

Mais avant d'aborder ce sujet, qu'il nous soit permis d'adresser aux éminents maîtres qui ont bien voulu guider notre instruction médicale, nos respectueux hommages et notre profonde reconnaissance. M. le professeur Laroyenne, en nous ouvrant son service à la Charité, nous a permis de nous initier aux mystères de la gynécologie, à M. le professeur agrégé Condamin nous devons l'idée de notre thèse, qu'il veuille accepter ici tous nos remerciements.

Nous n'oublierons jamais que nous avons eu le bonheur de faire nos premiers pas en chirurgie dans le service de la clinique de M. le professeur Ollier. Sa mémoire restera gravée dans notre esprit comme celle d'un des plus grands esprits scientifiques de ce siècle. Nous avons connu également, à la Charité, quelques jeunes maîtres, MM. les docteurs Repelin, chef de la clinique gynécologique, Quincieux, moniteur adjoint; et nous conserverons toujours un bon souvenir de leur amical enseignement.

M. le professeur Courmont nous a fait le plus grand honneur, en daignant accepter la présidence de notre thèse, qu'il nous permette de lui exprimer notre respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il nous fait.

CHAPITRE PREMIER

Amputation supra-vaginale.

L'amputation supra-vaginale comprend trois méthodes : 1^o Méthode extra-péritonéale ; 2^o Méthode intra-péritonéale ; 3^o Méthode mixte.

1^o MÉTHODE EXTRA-PÉRITONÉALE.

C'est la première en date des méthodes appliquées au traitement du pédicule dans l'hystérectomie abdominale pour fibro-myome. Ceci ne nous surprendra pas si la « myotomie ou l'hystérotomie » des anciens auteurs est la fille de l'ovariotomie. Nous ne voulons pas entrer dans l'historique de cette méthode, mais disons seulement que Hegar, en réglant définitivement la technique de cette opération, l'a poussée au plus haut degré de perfection qu'elle puisse jamais atteindre. Il en a vulgarisé l'emploi en Allemagne comme Pozzi l'a fait en France. Ce ne sont, toutefois,

pas des titres suffisants pour donner seul son nom au procédé extra-péritonéal connu, par la plupart des gynécologistes, sous le nom de procédé de Hegar.

Kœberlé est l'auteur véritable de ce procédé et c'est sous le nom de procédé de Kœberlé-Hegar que doit être décrit le type de la méthode extra-péritonéale. Nous le décrirons très rapidement.

Procédé de Kœberlé-Hegar (1). — Après les soins préliminaires nécessaires à toute intervention sur le ventre, on divise successivement la peau et les aponévroses sur la ligne blanche. Arrivé sur le péritoine, on fait à la partie supérieure de l'incision, une boutonnière dans la séreuse et on coupe de haut en bas, soit sur une sonde cannelée, soit entre les deux doigts introduits par l'orifice supérieur. Une pince est appliquée sur chacun des deux feuillets péritonéaux. L'incision faite on tombe sur le fibromyome ; il faut alors introduire la main droite dans le ventre et voir s'il est libre d'adhérences. Si elles sont minces on les rompt avec la main, si elles sont volumineuses et vasculaires on les coupe entre deux ligatures ou deux pinces à forcipressure. Libre d'adhérences, la tumeur est alors amenée au dehors et, pour cela, les mains sont encore des instruments préférables à tous ceux qui ont été inventés. La tumeur attirée au dehors, on la maintient verticalement, un aide aura comme mission spéciale d'empêcher l'issue

(1) GENTILHOMME. — Hystérectomie abdominale, Paris, 1895.

de l'intestin qu'il maintiendra dans la cavité abdominale au moyen d'une large compresse.

Il s'agit alors de mettre en place la ligature. Celle-ci sera placée sur le col de l'utérus, en ayant soin de ne pas comprendre la vessie dans la ligature, fait qui est arrivé aux plus habiles opérateurs. Lorsque le pédicule est gros on fait deux tours au fil élastique. Après l'application de la ligature, on coupe la tumeur à environ deux travers de doigt du lien. Les ovaires, placés ordinairement sur les côtés de la tumeur, seront presque toujours compris dans cette section; ce sont d'ailleurs presque toujours des organes malades et il est d'usage aujourd'hui de ne pas les laisser.

Avant de passer à la fixation du pédicule au dehors il convient de faire la toilette du péritoine. Il faudra être sobre des grands lavages péritonéaux qui jouissent encore d'une certaine faveur.

La fixation du pédicule à la partie inférieure de l'incision abdominale est la partie caractéristique du procédé. On suture le péritoine des bords de l'incision abdominale au péritoine du pédicule au-dessous de la ligature élastique. Il est préférable de faire comme Pozzi le conseille, un surjet au catgut tout autour du pédicule, l'affrontement des séreuses est ainsi plus exact. On ferme ensuite la partie supérieure de l'incision abdominale, soit par des sutures en étages avec points de catgut, soit par une suture à points séparés faite au fil d'argent. On fixe alors le pédicule au-dessus de l'incision au moyen de deux fortes aiguilles d'acier. Ces branches sont passées à l'aide de poignées spéciales à travers le tissu pédicu-

laire, de façon à former un X par leur entrecroisement. On régularise ensuite la surface de section à coups de ciseau en énucléant même les petits noyaux fibreux qu'on peut y rencontrer, on cautérise au thermo-cautère de Paquelin, principalement au niveau de l'orifice du col afin de détruire les germes qu'il peut contenir.

Le pansement enfin est très important; il doit avoir pour but de favoriser la momification du moignon en empêchant l'infection.

Modifications au procédé. — Ce procédé a reçu des chirurgiens de nombreuses modifications. Pozzi préconise la ligature en chaînes; il conseille de lier séparément la trompe et le ligament rond. Terrillon ne suture pas le péritoine pariétal au péritoine du moignon. Labbé (1) propose d'appliquer sur la tumeur une bande d'Esmarch avant d'en faire l'amputation. De cette façon on rendrait à la malade une partie du sang contenu dans le fibrome. Malheureusement les cas de thrombose et d'embolie, si fréquentes dans les fibro-myomes, survenues à la suite de ce procédé, l'ont fait bien délaisser depuis.

Indications de la méthode extra-péritonéale. — Elles sont résumées, par Pozzi lui-même, dans les indications de son Traité de Gynécologie. On doit employer la méthode extra-péritonéale :

1^o Dans les pédicules peu saignants et creux suffisamment longs.

(1) LABBÉ. — *Journal de Méd. et de Chirurgie*, sept. 1880.

2^o Dans les pédicules très saignants suffisamment longs.

3^o Dans les cas de fibromes énucléables et très vasculaires développés sur les parois latérales de l'utérus.

4^o Lorsqu'on ouvre la cavité utérine durant l'énucléation d'un fibrome.

Il n'y a plus, actuellement, d'indications spéciales à la méthode extra-péritonéale, les méthodes intra-péritonéales ou d'ablation totale pouvant s'appliquer à tous les cas.

2^o MÉTHODE INTRA-PÉRITONÉALE.

Elle a pour but, en rentrant le pédicule dans le ventre, de supprimer tous les inconvénients de la méthode extra-péritonéale : infection, éventration, tiraillement de la paroi, etc. Plusieurs procédés intra-péritonéaux sont également utilisés de nos jours. Conçus dans le but d'apporter le plus de sécurité possible à cette opération, ils peuvent se ranger en un certain nombre de catégories correspondant à peu près à leur ordre chronologique.

1^o Procédé d'évidement du moignon et de suture de ses faces. C'est le procédé de Schröder.

2^o Procédé de ligature perdue au fil élastique ou au fil de soie. C'est le procédé de Olshausen, Zweifel, etc.

3^o Procédé de version vaginale du pédicule. C'est celui de Meinert.

4^o Procédés rétro-péritonéaux. Ce sont ceux de Chroback, Richelot, etc.

Nous ne voulons pas décrire chacun de ces différents procédés, ceci nous entraînerait beaucoup trop loin et nous sortirions, en somme, de notre sujet. Nous nous contenterons seulement de résumer les différents procédés, renvoyant, pour plus de détails, le lecteur à la thèse de Gentilhomme qui les a admirablement décrits (1).

Les premiers temps opératoires de l'amputation supra-vaginale de l'utérus fibromateux sont les mêmes que l'on emploie dans les méthodes intra ou extra-péritonéales.

Incision de la paroi, mobilisation et extraction de la tumeur et application de la ligature élastique. On procède alors à l'ablation de la tumeur et c'est là le point important de la méthode. On se propose, après l'amputation, de réunir par des sutures les surfaces cruentées du moignon et on peut arriver à ce résultat de deux façons : en taillant deux lambeaux ou en évitant le moignon en cône. L'hémostase doit être assurée par la ligature des artères utérines. Ce qui assombrit beaucoup le pronostic de l'opération de Schröder, c'est l'ouverture inévitable de la cavité utérine. De la désinfection dépendra en grande partie la guérison. Il faut cautériser au fer rouge.

Les avantages du procédé de Schröder sont de réduire au minimum le volume du moignon par son évidement central, l'idéal étant d'obtenir un moignon

(1) GENTILHOMME. — Thèse précitée.

aussi mince que possible. De plus, ce procédé est brillant, le moignon bien fait est élégant et offre une certaine analogie avec un utérus normal. Malheureusement nous verrons plus tard que, comme tous ces procédés de la méthode supra-vaginale, il présente de nombreux inconvénients.

La méthode de Olshausen, ou méthode de la ligature élastique perdue, est certainement le plus simple des traitements intra-péritonéaux du moignon dans l'amputation supra-vaginale. Après avoir extrait la tumeur de l'abdomen et placé un lien élastique sur son pédicule, on sectionne nettement le fibrome au-dessus de ce lien. La muqueuse cervicale est détruite au thermo-cautère ; on rôtit aussi la surface de section ou on la désinfecte au sublimé. Le moignon entouré de son tube élastique, est réduit dans l'abdomen et les lèvres de la plaie sont réunies. D'après des expériences faites sur les animaux, le tube élastique s'encapsule dans le péritoine. Ce procédé a le grand avantage d'être d'une exécution très rapide ; de plus il offre une hémostase plus complète et supérieure à celle du procédé-type de Schröder. Malheureusement le grand inconvénient de ce procédé est le danger d'infection causé par le fil élastique ; aussi de nombreuses modifications ont-elles été essayées. Citons celle de Zweifel (1) qui imagina la méthode des ligatures partielles juxtaposées. Il la décrit, en 1888, dans son ouvrage sur le « Traitement

(1) ZWEIFEL. — Die Stielbandlung bei der Myomectom. Stuttgart, 1888.

du pédicule dans la myomectomie » et dit en être très satisfait. Malheureusement cette méthode, comme celle de Schröder, est longue. De plus, la multiplicité des ligaments augmente les chances d'infection et les fils, une fois infectés, peuvent s'éliminer successivement et retarder d'autant la guérison complète. Une troisième série de procédés est celle de la version vaginale du pédicule. Ils ont toujours pour but de remédier aux inconvénients causés par la présence du moignon dans la cavité péritonéale.

Ce sont les procédés de Meinert, de Byford, de Frascans qui, tous trois, s'efforcent de fixer leur pédicule dans le vagin, isolant ainsi complètement la cavité péritonéale. Ces trois procédés, outre leur difficulté, d'application ont le grand inconvénient de nécessiter une manœuvre vaginale, c'est-à-dire de prolonger l'opération et de multiplier les chances d'infection.

Si l'on prend soin, après l'amputation supra-vaginale d'un utérus fibromateux, de recouvrir la face cruentée du pédicule par un lambeau péritonéal, on obtient, en agissant de cette manière, un moignon dit retro ou sous-péritonéal et la toile celluleuse tapisse le pédicule comme le péritoine recouvre la face antérieure du rein ou celle du pancréas. Tels sont les procédés rétro-péritonéaux qui comptent parmi leurs auteurs Goffe (1), Milton (2),

(1) GOFFE. — *Amer. Jour. of Obst.*, 1890.

(2) MILTON, du Caire. — *The Lancet*, 1890.

Chrobach (1), Richelot (2), Léonte (3), Heywood-Smith (4), Hofmeier (5) et un grand nombre d'autres chirurgiens. Parmi les opérateurs, les uns se servent, pour agir avec sûreté sur le pédicule, de la ligature élastique provisoire. D'autres suppriment le lien en caoutchouc, d'où les procédés rétro-péritonéaux, avec ligature élastique provisoire. Ce sont ceux de Goffe, de Chrobach, de Richelot, et ceux sans ligature élastique provisoire. Ce sont ceux de Milton, du Caire, de Léonte, de Bucharest. En somme, que devons-nous dire de tous ces procédés rétro-péritonéaux : c'est que tout lambeau ou collerette qui correspond à la cavité cervicale par sa ligne de sutures est mauvais, parce que les soies ont plus de chance de s'infecter, sinon immédiatement, au moins quelques jours après l'opération. D'où, accidents suppuratifs de très longue durée, ne cessant qu'avec l'élimination des fils. Dans quelques cas même, les soies infectées peuvent devenir une menace de péritonite.

3^o *Méthode mixte*. — C'est une combinaison plus ou moins heureuse des précédentes. Elle naquit pendant le temps qu'on travaillait à les perfectionner. Freund (6) paraît être le premier qui ait décrit

(1) CHROBACH. — *Centrabl. für Gyn.*, 1891.

(2) RICHELOT. — *In* Thèse de Scellemmot, 1892.

(3) LÉONTE. — *Revue de Chirurgie*, 1894, n^o 6.

(4) HEYWOOD-SMITH. — *British Med.*

(5) HOFMEIER. — Traitement rétro-péritonéal dans la myomectomie. (*Centrabl. für Gynecologie*, Décembre, 1893).

(6) *Centrabl. für Gyn.*, 1882.

une véritable opération mixte. Plus tard, Wolfler et et Hacker, de Vienne, décrivirent un procédé spécial, employé encore actuellement. Il consiste à plonger le moignon au fond de la cavité abdominale et à le suspendre dans une position intermédiaire entre les parois abdominales. Par ce procédé, le moignon est intra-péritonéal, mais juxta-pariétal. La partie qui contient les sutures reste en dehors de la grande cavité péritonéale, d'où pas d'infection, pas d'hémorragie. Un dernier procédé est celui de Saenger, décrit sous le nom de séquestration intra-péritonéale du pédicule. On ne voit pas très bien les avantages de cette méthode mixte. Aujourd'hui où l'on ne craint plus la septicémie ou l'hémorragie, on doit pencher vers une méthode purement extra-ou intra-péritonéale, à moins que, comme nous, on préfère l'ablation totale.

CHAPITRE II

Hystérectomie totale

La description des différents procédés qui ont été donnés de l'hystérectomie totale constituerait, à elle seule, le sujet d'un long travail, sujet qui, d'ailleurs, a été traité mainte et mainte fois par des personnes plus documentées que nous ne pouvons l'être. Notre but, d'ailleurs, rappelons-le, est d'établir un parallèle entre l'hystérectomie sub-totale et l'hystérectomie totale. Aussi ne pouvons-nous, de même que nous l'avons fait pour la méthode supra-vaginale, ne donner qu'un exposé de la question. Nous citerons pour mémoire les différentes méthodes, nous arrêtant toutefois un peu sur le procédé de Doyen, admis en partie aujourd'hui par tous les chirurgiens. Il nous tarde de faire ressortir les avantages de l'amputation totale aussi serons-nous bref sur son mode opératoire. Il est assez difficile d'exposer en un si court chapitre, les différents procédés de cure radicale des fibromes par l'abdomen, car beaucoup d'entre eux diffèrent

en tous points. De toutes les classifications que nous avons consultées la plus commode nous paraît être celle de Gentilhomme qui groupe en trois classes les méthodes d'hystérectomie abdominale totale :

Dans la première il place les méthodes d'extirpation totale par voie vagino-abdominale.

Dans les opérations de ce premier groupe l'intervention vaginale est la première et elle consiste, en allant des procédés simples aux plus complexes, en :

1° Désinsertion simple du vagin (incision circulaire de l'insertion vaginale sur le col).

2° Désinsertion avec hémostase de l'étage inférieur des ligaments larges.

3° Désinsertion avec hémostase de l'étage inférieur, puis de l'étage supérieur, c'est-à-dire de la totalité du ligament large. On pratique une véritable hystérectomie vaginale incomplète. A cette méthode appartiennent les procédés de Bardenheuer, Boldt, Rouffard, Jacobs, Chaput.

Dans la deuxième méthode il place les méthodes d'extirpation totale par la voie abdomino-vaginale. C'est, en somme, une répétition des procédés vagino-abdominaux, avec cette différence que les manœuvres s'exécutent suivant un ordre inverse, l'opérateur attaquant la tumeur d'abord par l'abdomen, puis terminant par le vagin.

A cette méthode appartiennent les procédés de Martin, de Péan dont la statistique prouve les beaux résultats que certains chirurgiens sont en droit d'attendre de ces procédés. Sur vingt-sept opérations Péan ne perdit aucun malade.

Enfin à la troisième classe appartient la méthode d'hystérectomie abdominale totale. Ici deux grandes variétés : la tumeur peut être enlevée en deux temps, c'est le procédé de Chrobach qui, dans un premier temps fait l'exérèse du fragment supérieur, réservant à un deuxième temps celle du fragment inférieur. Avec Chrobach, signalons Lennander, Polk, Martin.

La tumeur peut être enlevée en un seul temps. On supprime ici la ligature élastique provisoire, toujours employée dans les procédés précédents. Freund est le premier qui pratiqua cette opération, puis Guermontprez, Baldy, Lanphéar lui succèdent. Pour terminer cette longue exposition de procédés, nous résumerons une méthode qui se fait remarquer entre toutes par des qualités incomparables. Elle réduit au minimum les différents temps opératoires ; elle supprime même l'hémostase préventive, d'où une célérité qu'aucun procédé n'a jamais pu atteindre jusqu'ici.

Nous avons cité le procédé Doyen. La suppression des pinces vaginales d'une part, la fermeture absolue du péritoine, par un double plan de sutures, d'autre part, sont les deux temps que l'auteur apporte à sa méthode. Nous empruntons les différents temps de ce procédé au Dr Rousset, par la thèse de Gentilhomme.

Dans un premier temps, perforation du cul-de-sac de Douglas par une longue pince courbe introduite dans le vagin, agrandissement de la boutonnière vaginale.

Deuxième temps : libération et dénudation du col utérin.

Troisième temps : hémostase définitive de l'artère utérine.

Quatrième temps : libération du reste des ligaments larges, confection de la collerette en arrière et sur les côtés.

Cinquième temps : hémostase définitive du reste du ligament large.

Sixième temps : libération complète de la tumeur et confection de la collerette en avant.

Septième temps : fermeture du péritoine.

La cavité péritonéale est fermée par deux plans de suture. Il ne subsiste aucune surface cruentée dans le ventre, et les anses intestinales peuvent reposer sans danger sur ce plancher glissant ; il ne subsiste, dans la cavité péritonéale, qu'un seul fil.

Pas de drainage. L'auteur reconnaît à son procédé les avantages suivants :

1^o Un seul fil subsiste dans la cavité péritonéale après l'opération.

2^o L'exécution est des plus rapides parce qu'on supprime toute hémostase préventive et toutes les manœuvres destinées à substituer ensuite l'hémostase définitive à l'hémostase préventive.

3^o Aucune hémorragie n'est à craindre dans le péritoine, car si l'un des fils vaginaux lâche, on peut toujours le reprendre par le vagin.

4^o Il serait applicable à tous les cas quelles que soient l'adhérence, la multiplicité ou l'implantation des fibromes parce que si la route postérieure est barée, on peut y pénétrer en contournant l'une des faces latérales qui restera au moins libre et par laquelle

on commencera les premières manœuvres de dégagement.

5^o Elle a l'avantage de supprimer les pinces vaginales et le sphacèle. Ce procédé, dit Doyen, donne la même sécurité et les mêmes résultats que la simple ovariectomie.

L'originalité principale du procédé, et sur laquelle Doyen insiste beaucoup, c'est la suppression de toute espèce d'hémostase préventive. Laissons, d'ailleurs, parler l'auteur. « Le seul moyen de ne pas perdre
« de sang, c'est de ne pas tenter l'hémostase préven-
« tive. Appliquez un simple fil élastique à la base de
« la tumeur ; elle est tellement gorgée de sang vei-
« neux qu'à la section supra-cervicale, le champ opé-
« ratoire en est inondé. Pratiquez, au contraire, la
« décortication péritonéale, comme nous la recom-
« mandons en soulevant la tumeur au fur et à mesure
« qu'elle se détache, les semis veineux énormes qui
« la sillonnent s'affaissent. Tout ce sang perdu pour
« les malades déjà si souvent affaiblis par les métror-
« rhagies antérieures, quand on emploie le fil élas-
« tique ou la forcipressure préventive de Péan et de
« ses élèves, rentre, avec notre procédé, dans le sys-
« tème veineux général, et la tumeur entièrement sépa-
« rée, il nous est souvent arrivé de laisser échapper de
« nos doigts et de ceux de notre assistant la collerette
« péritonéale entière dont jaillissaient à peine trois
« ou quatre petits filets de sang. On comprendra
« aisément cette particularité, notre section en
« raquette passant latéralement au-dessus des ovaï-
« res.

« A-t-on par accident blessé l'utérine ou quelques
« artérioles anormales? On place une pince puis une
« ligature sur chacune d'elles afin de réduire au
« minimum possible la perte de sang.

« Le principe est donc d'opérer vite. La tumeur
« doit être détachée cinq ou dix minutes après le
« début de l'incision en raquette. »

CHAPITRE III

**Parallèle entre les deux méthodes : amputation supra-vaginale et amputation totale.
— Choix du mode d'intervention dans les fibromes.**

Nous avons envisagé successivement les deux procédés dans leurs modes opératoires, il nous reste à voir simultanément leurs résultats. Doit-on, en présence d'un fibrome utérin volumineux, douloureux ou à évolution progressive, enlever totalement l'utérus ou faire seulement une opération partielle ? Telle est la question que nous devons nous poser en ce moment.

Que de campagnes déjà ont été menées par les défenseurs de cette dernière méthode. Le fibrome, prétendent-ils, est une tumeur bénigne, la ménopause a sur lui une influence bienfaisante.

A quoi bon alors, faire des opérations sanglantes, priver des femmes jeunes encore d'un organe aussi utile que l'utérus. On a vu d'ailleurs des cas de fécondation chez des femmes opérées d'hystérectomie

supra-vaginale. Nous examinerons ces divers points.

« Depuis longtemps, dit Richelot (1), j'ai soutenu la cause de l'hystérectomie abdominale, j'ai fait des pédicules internes, des ligatures élastiques perdues des moignons suturés à la soie et recouverts de péritoine. Aujourd'hui tout s'efface devant l'hystérectomie totale qui a décidément triomphé. »

Le pédicule voilà l'ennemi, c'est le grand inconvénient de la méthode supra-vaginale. C'est une menace constante d'infection. Si nous comparons d'abord entre eux les différents procédés de la méthode extra-péritonéale, nous verrons qu'en échange d'avantages plus ou moins réels, la méthode extra-péritonéale offre de graves et nombreux inconvénients : les uns sont immédiats, les autres tardifs. Tout d'abord la méthode extra-péritonéale n'est pas applicable à tous les cas. Dans un grand nombre de fibromes à large base d'implantation, il est impossible, quoi qu'en dise Price, de former un pédicule suffisamment long pour être fixé à la paroi abdominale. Lorsque le pédicule est fixé à l'extérieur de la cavité abdominale, les chances d'infection sont plus nombreuses et on peut voir des septicémies immédiates rapidement mortelles.

D'autre part, l'élimination du moignon par mécanisme de suppuration entraîne souvent des abcès, des décollements de la paroi et des péritonites enkystées ou généralisées.

(1) RICHELOT. — De l'hystérectomie abdominale totale contre les fibromes utérins.

L'hémorragie sera fréquente à la chute des eschares. La nécrose du moignon entraîne la lenteur de la guérison et exige un grand nombre de pansements fréquents.

Lorsque la malade a échappé à tous ces dangers de mort, elle doit craindre un certain nombre d'infirmités. Presque toujours elle est menacée d'événtration qui succède à la faiblesse de la cicatrice sans compter que dans beaucoup de cas il persiste au niveau de la cicatrice une fistule communiquant avec le vagin. Enfin, signalons des troubles de la miction dus à la compression de la vessie et des troubles nerveux divers d'origine réflexe.

Nous avons vu les avantages du procédé de Schröder : il réduit au minimum le volume du moignon, mais tous les chirurgiens savent combien il est difficile, en faisant la suture des parois d'obtenir un degré de constriction juste suffisant. On a toujours la crainte d'avoir trop serré. Dans ce cas le fil coupe les tissus fibreux du moignon et on a une hémorragie ; si le tissu résiste, la constriction est trop grande et le moignon peut se sphacéler, sa nutrition ne pouvant plus s'effectuer. Si, au contraire, la suture n'est pas suffisamment serrée, une hémorragie rapidement mortelle peut s'en suivre.

Enfin, dans ce procédé de Schröder, la cavité péritonéale est-elle suffisamment à l'abri des germes infectieux provenant de la surface de section du moignon ou de la cavité utérine ? Nous ne le croyons pas.

Quant aux procédés rétro-péritonéaux, nous avons

vu déjà que tout lambeau ou collerette qui correspond à la cavité cervicale par sa ligne de suture est mauvais, parce que les soies ont plus de chance de s'infecter, sinon immédiatement, au moins quelques jours après l'opération. D'où accidents suppuratifs de très longue durée, ne cessant qu'avec l'élimination des fils.

Si nous laissons de côté la manœuvre rétro-péritonéale elle-même, les procédés rétro-péritonéaux offrent encore, suivant leurs auteurs, de grandes différences qui ne les rendent pas tous recommandables au même titre : c'est ainsi que le traitement du pédicule est extrêmement différent, suivant la hauteur de l'amputation. Si l'on fait comme le conseillent quelques-uns, une amputation basse ou même très basse comme Chrobach, qui ne laisse qu'une rondelle du col, on obtient une *restitutio ad integrum* aussi parfaite que possible. C'est presque une extirpation totale sans avoir les inconvénients d'une manœuvre vaginale et, les sutures des lambeaux terminées, le péritoine semble passer régulièrement de la face postérieure de la vessie sur le rectum, interrompu seulement par une ligne transversale de sutures. Evidemment, les accidents dus au pédicule sont ici singulièrement réduits, puisque celui-ci est presque supprimé, mais cette méthode n'est pas à la portée de tout le monde, car on opère loin dans le petit bassin. C'est un de ces tours de maître qui ne sont réellement bien faits que par le maître lui-même qui les a inventés.

Enfin, une dernière question se pose.

Le pédicule ainsi privé de ses sources nutritives

que lui assure, dans tout autre procédé, la conservation des artères utérines, n'est-il pas menacé de sphacèle ou tout au moins de nécrobiose s'il reste aseptique? Ou bien, au contraire, le moignon peut-il continuer à vivre d'une vie obscure, empruntant aux départements hémorroïdaux et vésicaux des sources secondes d'alimentation?

C'est ce qu'il faut souhaiter.

Quoi qu'il en soit, la statistique de Léonte, qui donne 26 succès sur 26 cas, nous force à dire que la méthode rétro-péritonéale est une très bonne opération, et ces très beaux succès la mettent au premier rang parmi les procédés à pédicule perdu. Elle seule peut être mise en parallèle avec l'ablation totale. Elle réalise, en effet, sur ses rivales, de grands avantages. Si elle n'évite pas complètement toute hémorragie, ni toute infection du pédicule, du moins, elle préserve très bien la cavité péritonéale contre les accidents les plus immédiatement menaçants.

Comparée à la méthode extra-péritonéale, la méthode intra-péritonéale offre une grande supériorité. En réunissant du premier coup la plaie abdominale, elle met à l'abri des inconvénients immédiats et tardifs qui dépendaient de cette plaie; nous avons déjà dit longue suppuration, partant, longue guérison, abcès de la paroi, péritonite, éventration, fistules, accidents nerveux.

Mais offre-t-elle la même sécurité au point de vue de l'hémostase et de la sépticémie, ses deux principaux dangers; s'il est prouvé que l'hémostase peut

être assurée et que l'asepsie de notre moignon peut être suffisante pour que nous n'ayons pas de complications péritonéales à craindre, nous aurons démontré la supériorité du traitement intra-péritonéal. En examinant les statistiques des auteurs, nous voyons que ces procédés donnent entre leurs mains de magnifiques résultats, supérieurs même à ceux du traitement extra-péritonéal.

Elle seule se dispute à l'heure actuelle, avec la méthode d'ablation totale, la faveur des gynécologues actuels. D'aucuns même, comme Chrobach, après avoir été partisans de cette ablation totale, sont revenus à la méthode intra-péritonéale. C'est avouer que cette méthode a une véritable valeur.

Mais ces complications péritonéales sont-elles sûrement évitées avec cette méthode? Les statistiques sont évidemment très probantes, mais enfin, elles ne peuvent envisager tous les cas. Si le fibrome est réellement une tumeur bénigne ne gênant que par sa compression et les accidents qu'il occasionne, l'existence d'un moignon, toutes chances d'infection étant écartées, est évidemment une solution acceptable. Mais le fibrome est-il réellement une tumeur sans danger?

Pendant longtemps les tumeurs fibreuses de l'utérus ont été considérées comme des tumeurs bénignes. Pendant longtemps on a cru, et quelques chirurgiens croient même encore, que la ménopause a sur ces tumeurs une influence bienfaisante incontestable.

Tous les anciens auteurs étaient de cette opinion, qui était, en quelque sorte, devenue classique.

Actuellement on peut observer une réaction en sens contraire et beaucoup de chirurgiens arrivent même à considérer comme dangereuse toute tumeur fibreuse, même du volume le plus insignifiant.

L'action de la ménopause a, à son tour, été envisagée sous un tout autre aspect.

Au lieu de faire rétrograder les tumeurs fibreuses, elle aurait une action toute contraire : elle les fait augmenter et, surtout, leur fait subir la dégénérescence maligne. Verneuil (1), il est vrai, a toujours été le défenseur de l'idée que les fibromes utérins sont des tumeurs bénignes qui sont très bien supportées par les malades, même quand le volume du fibrome dépasse le volume de la tête. Au Congrès de Chirurgie de 1893, il soutient cette opinion et montre que la mort des malades causée directement par les fibromes est l'exception.

De plus, la ménopause constituée, pour lui, un facteur de la plus grande importance, en ce qui concerne le développement des tumeurs fibreuses. Presque toujours, ces tumeurs diminuent après l'âge critique. Spencer Wels admettait même que les fibromes utérins disparaissaient au moment de la ménopause.

Pour Péan (2), « la ménopause est un âge critique et non bienfaisant ». Dans la statistique qu'il communique au Congrès, il montre qu'il a dû intervenir chez 110 malades âgées de 40 ans, atteintes de fibro-

(1) VERNEUIL. — Congrès de Chirurgie, Paris, 4 avril 1893.

(2) PEAN. — Congrès de Chirurgie, Paris, avril 1893.

mes. En ce qui concerne le volume, Péan admet que : « lors même que les fibromes de l'utérus ne sont pas très volumineux, ce sont des tumeurs dangereuses qui donnent souvent lieu à des complications graves et qui doivent être opérées dès qu'elles sont reconnues. L'ablation de ces tumeurs est peu dangereuse lorsqu'elle est pratiquée de bonne heure ».

Doyen (1) et Jacobs (2) (de Bruxelles) partagent l'opinion de Péan. D'après eux, la ménopause n'a, le plus souvent, aucune influence sur les fibromes utérins : tout au contraire, pour Jacobs, les fibromes subissent le plus souvent, après l'âge critique, la dégénérescence maligne. Jacobs va même plus loin et, devant la Société belge de Gynécologie (3), est venu soutenir que les fibromes de l'utérus sont des tumeurs malignes dont l'extirpation immédiate est indiquée. Quelques jours après, il affirmait, devant la même Société de Gynécologie, « qu'il n'a jamais vu disparaître les tumeurs fibreuses après la ménopause soit naturelle, soit provoquée par la castration ovarienne bilatérale ». En ce qui concerne la dégénérescence des fibromes, il montre que, sur 171 opérations personnelles il a observé 57 cas de dégénérescence. A l'appui de sa communication Jacobs cite la statistique de A. Martin qui, sur 201 cas de fibromes a observé 60 fois la dégénérescence.

(1) DOYEN. — Congrès de Chirurgie, Paris, avril 1893.

(2) JACOBS. — *Ibid.*

(3) JACOBS. — Soc. belge de Gynécol. et d'Obst., 1896.

Pour Lauwers (1) « l'âge critique est redoutable pour les femmes qui souffrent de myomes utérins. C'est à partir de 45 ans jusqu'à 60 que les hémorragies redoublent d'abondance et de fréquence, que les myomes augmentent de volume, subissent la transformation kystique, la dégénérescence sarcomateuse ou cancéreuse ». La dégénérescence maligne des fibromyomes utérins est aussi admise par Schröder, A. Martin (2), Johnson (3).

Si nous résumons les opinions des chirurgiens que nous venons de signaler, nous voyons que les idées ont complètement changé en ce qui concerne l'action de la ménopause sur les fibromes et la bénignité de ces tumeurs. La ménopause, qui constituait auparavant un facteur plutôt bienfaisant de la marche des fibromes, est devenue actuellement, pour une grande partie des chirurgiens, un facteur, sinon dangereux, au moins sans aucune influence favorable et sur lequel il ne faut pas compter.

Que devons-nous penser de la bénignité des fibromes ? Devons-nous, ainsi que Jacobs, les considérer toujours comme des tumeurs malignes ? Assurément non. Et, vraiment, en ce qui concerne l'influence de l'âge critique sur les fibromes, nous croyons qu'il faut en rabattre des anciennes opinions. Il est certain qu'on peut observer des malades dont les

(1) LAUWERS. — *British Med. Journ.*, 26 décembre 1896.

(2) A. MARTIN. — *Traité clinique des maladies des femmes*, trad. franc.

(3) JOHNSON. — *Annals Gyn. and. Ped.*, février 1892.

fibromes restent stationnaires après la ménopause. Mais ce n'est pas la règle. Habituellement les femmes atteintes de fibromes, qui ont dépassé l'âge critique, s'anémient, présentent des troubles de compression et, au lieu de voir le fibrome diminuer après la ménopause, on le voit augmenter progressivement et on est forcé d'intervenir.

Du reste, si on examine les statistiques concernant les fibromes, on voit qu'au moins dans le tiers des cas, l'intervention porte sur des femmes ayant dépassé la quarantaine.

Dans la thèse de Deriart (1) nous trouvons les mêmes idées. « Souvent des fibromes qui, jusqu'à l'âge de 30 et 40 ans, ne s'accompagnaient que de phénomènes insignifiants, donnent des signes alarmants à partir de la ménopause.

La dernière question que nous nous sommes posée est celle de la transformation des fibromes en tumeurs malignes. Cette question, difficile à trancher, n'a, jusqu'ici, reçu aucune donnée bien précise. Il y a des tumeurs fibreuses qui restent bénignes pendant longtemps, ne produisent aucun trouble, n'augmentent pas, mais qui, à un moment donné, « se réveillent avec une extraordinaire rapidité », comme dit M. Quenu (2). Au dernier Congrès de Gynécologie de Nantes (septembre 1901), M. Verdet ajoute : « Dans l'hystérectomie supra-vaginale, si le

(1) DERIART. — Trait. des fib. utérins par l'hyst. abd. totale, Paris, 1897.

(2) QUENU. — Hystérect. vaginale dans le traitement des fibromes. *Sem. Gynécol.*, 10 mars 1896.

moignon est réduit dans l'abdomen, quand l'hémostase n'est pas parfaite, il se fait un petit hématome qui s'infecte facilement; on voit des infections secondaires se produire et on peut même, à la suite de l'hystérectomie supra-vaginale, observer des altérations néoplasiques consécutives sur le moignon utérin ».

Voici, on ne peut le nier, un point particulier qui, quoique peu connu, est cependant d'une importance énorme au sujet du choix du mode opératoire.

Ce point particulier nous a vivement intéressé et nous n'avons pas hésité à le mettre en tête de notre thèse. Il est évident que la fréquence des cas dont nous n'avons pu trouver dans la science que deux observations, n'est pas suffisante pour établir la nécessité de l'hystérectomie totale.

Toutefois, la gravité de ces deux cas, tous deux suivis de mort, est suffisante pour éveiller l'attention de chirurgiens soucieux de la vie de leurs malades. C'est un point auquel on doit toujours penser chez une malade atteinte de fibrome utérin. Les deux observations qui forment le quatrième chapitre de notre thèse représentant des faits qu'on est forcé de reconnaître et qui ne sont évidemment justiciables que de l'ablation totale. C'est, d'ailleurs, à cette dernière méthode que nous nous arrêterons.

Et, pour nous résumer, nous dirons que rien n'est plus délicat que d'apprécier la valeur d'une opération récente. Pour juger sainement nous estimons qu'il faut distinguer, dans cette appréciation, une question de principe et une question de fait.

En principe, nous dirons que l'hystérectomie

totale peut et doit être conseillée. En effet, elle réalise l'opération idéale et parfaite qui supprime tout le mal, c'est-à-dire qu'elle rentre dans la catégorie des opérations dites : cure radicale. En outre, elle a sur les méthodes à conservation du pédicule cette victorieuse supériorité qu'elle supprime d'un coup tous les accidents dus au pédicule, accidents bien connus de tous les gynécologues qui, depuis longtemps, dirigent toute leur attention vers le traitement du moignon, sans avoir pu, jusqu'à ce jour, trouver entière satisfaction.

Parmi les désastres que produit le pédicule, et sans parler des nombreux accidents que nous avons énumérés ailleurs, il en est deux principaux qu'il faut immédiatement redouter. Nous avons cité l'hémorragie et la septicémie; il en est un troisième, maintenant, et non pas un des moins redoutables, auquel on doit penser : c'est la transformation néoplasique du moignon cervical. Or, l'extirpation totale, consacre spécialement deux de ses temps à l'hémostase de tous les étages du ligament large et, partant, elle évite toute hémorragie. Enfin, en supprimant la cause, on supprime le mal.

D'autre part, l'extirpation totale du moignon supprime toute source de septicémie. C'en est assez pour juger la méthode, et nous n'hésitons pas à conclure : théoriquement l'hystérectomie abdominale est, à n'en pas douter, la méthode de choix.

En fait, l'extirpation totale a déjà fait ses preuves, et ses résultats, malgré une statistique composée d'éléments disparates, la mettent actuellement en

deuxième ligne après la méthode extra-péritonéale. Nous espérons mieux encore, et sommes persuadés que Martin est dans le vrai, lorsqu'il proclame au dernier Congrès de Rome, que l'avenir est à l'extirpation totale.

CHAPITRE IV

Observations

Ces observations nous sont dues à l'obligeance de M. le professeur agrégé Condamin, observations qu'il a lui-même communiquées au Congrès de Chirurgie lyonnaise du mois de septembre 1900.

Nous ne pouvons mieux faire ici que de donner le résumé de cette séance, nous serons plus rapproché de l'exacte vérité.

Obs. I. — Dans un premier cas, il s'agissait d'une femme C. . . , de Monplaisir, âgée de 58 ans, qui présentait avec un fibrome remontant au-dessus de l'ombilic, des pertes abondantes, non fétides, et des phénomènes extrêmement douloureux. L'hystérectomie abdominale fut pratiquée, suivant le procédé du professeur Laroyenne, dit procédé avec collerette péritonéale. Cette méthode consiste, après la section des ligaments larges, à décoller le péritoine jusqu'à l'isthme du col point où l'on pratique la section de l'utérus et du fibrome après ligature des vaisseaux ; puis les

bords de la collerette péritonéale sont suturés aux bords inférieurs de la plaie opératoire.

Aucun incident opératoire ni post-opératoire. Ce n'est qu'un an environ après l'intervention que l'on vit survenir d'abord une éventration au niveau de la plaie opératoire, puis de nouvelles pertes hémorragiques et, à la suite, une masse molle bourgeonnante au niveau de l'enfouissement du moignon cervical.

Phénomènes de cachexie progressive et mort. Cette malade, au moment de l'opération, n'avait rien présenté au niveau du col ou du fibrome qui était dur et ne présentait aucun caractère de tumeur maligne.

OBS. II.— Le second cas se rapporte à une malade de 40 ans, opérée pour un fibrome, ou plutôt une série de fibromes, le 24 janvier 1889.

Même opération que précédemment, c'est-à-dire ablation abdominale sub-totale par le procédé à collerette péritonéale de M. Laroyenne. Pas d'accidents opératoires ou post-opératoires. Elle rentre chez elle le 21 février, présentant encore un petit trajet fistuleux au niveau de la marsupialisation de la collerette péritonéale. On y maintient une mèche de gaze iodoformée.

Le 14 mai de la même année, la malade est revue. La cicatrisation est complètement terminée. Il n'y a pas d'éventration. Le col est très haut, fortement attiré du côté de la cicatrice abdominale. La malade s'est modifiée considérablement du côté de l'état général.

Le 17 avril 1890, la malade est revue ; elle pré-

sente une large éventration en bas de la ligne d'incision. Le 20 avril, on pratique la cure radicale de son éventration ; on retrouve le noyau cervical induré et paraissant plus gros qu'on ne l'avait laissé au commencement de la première intervention. Résection de toute la paroi qui constitue l'éventration et suture abdominale sur trois plans ; guérison rapide.

En juin 1890, la malade revient dans le service pour des pertes et des douleurs abdominales assez vives. On constate une dégénérescence épithéliale du col et une augmentation très notable du moignon cervical, très nettement appréciable au-dessus du pubis. Le mois suivant, en juillet, le néoplasme a progressé et envahit la plaie abdominale. La malade meurt en août, la même année.

A une demande, faite par M. Goullioud, s'il s'agissait d'épithéliomas, ou si c'était la continuation du processus primitif devenu malin, M. Condamin répond que les cancers dont il parle étaient des épithéliomas. Faut-il alors tenter le manuel opératoire, le procédé de la collerette qui empêche de faire ultérieurement l'ablation du col, ou du moins, la rend difficile ? M. Condamin répond à M. Goullioud que ses opérations datent de 1893 et, à ce moment, dans le service de M. Laroyenne, on pratiquait couramment cette intervention par le procédé de la collerette. La technique s'est perfectionnée depuis ce moment. Il serait intéressant aussi de savoir s'il s'agit de femmes mères ou de nullipares. Il semble que les vierges, qui n'ont jamais, ou presque jamais, de cancers, ont très fréquemment des fibromes. Enfin

on pourrait penser qu'au moment où M. Condamin a opéré ses fibromes, il y avait déjà des débuts de cancer et que l'examen de la muqueuse du col pourrait parfois être indiqué. Le procédé de Keller est, semble-t-il, meilleur que le procédé de la collerette. Aux objections M. Condamin répond que le col était absolument net et vierge de tout épithélioma. On sait que, suivant M. Bard, une tumeur en appelle une autre. En tout cas, il n'y avait pas de cancer cliniquement appréciable et ce début quatre ans après l'hystérectomie, en est une preuve convaincante.

CONCLUSIONS

I. — Deux méthodes attirent actuellement l'attention du chirurgien pour arriver à l'ablation des fibromes par la voie abdominale :

Hystérectomie sub-totale.

Hystérectomie totale.

II. — A la première appartiennent les méthodes :

Extra péritonéales ;

Intra péritonéales ;

Mixtes.

III. — Ces méthodes ont l'inconvénient de ne pas mettre suffisamment le péritoine à l'abri de l'infection.

Seules les méthodes intra et rétro-péritonéales de Richelot, Chrobach, Goffe quoique ne pouvant s'appliquer à tous les cas, offrent cependant quelques garanties contre l'infection venant du moignon. Ce sont les seuls procédés recommandables.

IV. — A la deuxième appartiennent les procédés d'hystérectomie :

Vagino-abdominale ;
Abdomino-vaginale ;
Abdominale totale.

V. — L'hystérectomie abdominale totale doit être le procédé de choix. C'est une opération dite de cure radicale.

Elle a sur les méthodes à conservation du pédicule cette victorieuse supériorité qu'elle supprime d'un coup tous les accidents dus au pédicule : hémorragie, septicémie.

VI. — Enfin, grâce à elle, sera évité un accident peu connu, quoique redoutable du fibrome utérin, nous avons cité la transformation néoplasique sur le moignon cervical.

Vu :

Le Président de la Thèse,

J. COURMONT.

Vu :

Pour le Doyen :

L'Assesseur,

LACASSAGNE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 2 décembre 1901.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- LABBÉ. — *Journal de Médecine et de Chirurgie*, septembre 1880.
ZWEIFEL. — Die Stielbandlung bei der Myomectom., Stuttgart, 1888.
GOFFE. — *Amer. Journ. of. Obst.*, 1890.
MILLON (du Caire) — *The Lancet*, 1890.
CHROBACH. — *Centrabl. für Gyn.*, 1891.
RICHELOT. — Thèse de Guilleminot, 1892.
LÉONTE. — *Revue de Chirurgie*, 1894, n° 6.
HEYWOOD-SMITH. — *British. Med.*
HOFMEIER. — Traitement rétro-péritonéal de la myomectomie. *Centrabl. für Gynecologie*, décembre 1893.
FREUND. — *Centrabl. für Gyn.*, 1882.
RICHELOT. — De l'hystérectomie abdominale totale contre les fibromes utérins.
VERNEUIL. — Congrès de Chirurgie, Paris, 1893.
PÉAN. — Congrès de Chirurgie, Paris, 1893.
DOYEN. — Congrès de Chirurgie, Paris, avril 1893.
JACOBS. — *Ibid.*
JACOBS. — *Société belge de Gynécol. et d'Obst.*, 1891.
LAUWERS. — *British med. Journ.*, 1896.
MARTIN. — *Traité clinique des maladies des femmes.*
JOHNSON. — *Annales gynécologiques*, février 1892.
DÉRIART. — *Traité des fibromes utérins par l'hystérectomie abdominale totale.* Paris, 1897.
QUENU. — *Hystérectomie vaginale dans le traitement des fibromes.* *Semaine Gynécologique*, 1890.
CONDAMIN. — *Revue de Chirurgie lyonnaise*, septembre 1900.

